

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N^o 375

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 15 juillet 1907, à 1 heure

Par **E. BOSSELUT**

Né à Vigau (Lot), le 14 septembre 1881

PATHOGÉNIE, ÉVOLUTION ET TRAITEMENT

DES

ANUS CONTRE NATURE

CONSÉCUTIFS A L'APPENDICITE

Président : M. RECLUS, professeur.

*Juges : } MM. KIRMISSON, professeur.
 } MAUCLAIRE et PIERRE DUVAL, agrégés.*

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

378

Année 1907

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 15 juillet 1907, à 1 heure

Par E. BOSSELUT

Né à Vigau (Lot), le 14 septembre 1881

PATHOGÉNIE, ÉVOLUTION ET TRAITEMENT

DES

ANUS CONTRE NATURE

CONSÉCUTIFS A L'APPENDICITE

Président : M. RECLUS, professeur.

*Juges : } MM. KIRMISSON, professeur.
MAUCLAIRE et PIERRE DUVAL, agrégés.*



PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen			M. DEBOVE.
Professeurs			MM.
Anatomie.			N...
Physiologie			CH. RICHT
Physique médicale.			GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.			GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale			BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.			BOUCHARD.
Pathologie médicale			HUTINEL.
Pathologie chirurgicale			BRISAUD.
Anatomie pathologique			LANNELONGUE
Histologie.			CORNIL.
Opérations et appareils			N....
Pharmacologie et matière médicale.			SEGOND
Thérapeutique			POUCHET.
Hygiène			GILBERT
Médecine légale.			CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.			THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.			DEJERINE.
			ROGER.
			HAYEM.
Clinique médicale.			DIEULAFOY.
			DEBOVE.
			LANDOUZY.
			GRANCHER.
Maladies des enfants			JOFFROY.
Clinique du pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.			GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.			RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.			LE DENTU.
Clinique chirurgicale.			TERRIER.
			BERGER.
			RECLUS.
Clinique ophtalmologique.			DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.			ALBARRAN.
Clinique d'accouchements			N....
Clinique gynécologique			PINARD.
Clinique chirurgicale infantile			POZZI.
Clinique thérapeutique			KIRMISSON.
			A. ROBIN.
Agrégés en exercice.			
MM.			
AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	des trav. anat).
BRANCA	FAURE	MAILLARD	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BRINDÉAU	GOUGET	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	JEANSELME	MERY	WALLICH
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A TOUS MES PARENTS

A CEUX QUE J'AIME

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE

MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

Au moment d'entrer dans la carrière médicale, nous adressons un hommage de profonde reconnaissance à tous ceux qui, au cours de nos études, nous ont guidé avec bienveillance et nous ont rendu la tâche facile et souvent agréable.

C'est vers nos premiers maîtres de l'Ecole de Limoges, que notre pensée se tourne tout d'abord. Nous tenons particulièrement à assurer de notre gratitude, M. le professeur CHÉNIEUX dont nous avons apprécié le talent et l'enseignement clair et précis. Nous adressons un souvenir ému à la mémoire de M. le professeur DELOTTE envers qui nous avons contracté une large dette de reconnaissance.

Que MM. les D^{rs} JUSTIN LEMAITRE, THOUVENET et DONNET, reçoivent nos sincères remerciements pour nous avoir initié aux différentes branches médicales qu'ils professaient.

A Paris, nous nous sommes efforcé de profiter des leçons cliniques faites par MM. les professeurs DEBOVE et DE LA PERSONNE, ainsi que leurs élèves. A la maternité de Saint-Antoine, MM. les professeurs BAR et BRINDEAU nous ont donné un large enseignement des accouchements et de la puériculture.

Nous prions MM. les D^{rs} JALAGUIER et GUINARD d'agréer l'expression de nos vifs remerciements pour les observations qu'ils ont bien voulu nous communiquer. M. le D^r VICTOR VEAU, chirurgien des hôpitaux, dont nous avons apprécié l'affabilité toute dévouée, a été l'inspirateur de ce travail ; nous le prions de croire à notre vive reconnaissance pour les témoignages d'amitié qu'il nous a donnés et les conseils éclairés qu'il nous a prodigués.

Nous prions enfin, M. LE PROFESSEUR RECLUS qui a bien voulu présider la soutenance de notre thèse, d'accepter nos respectueux remerciements.

INTRODUCTION

Pendant le cours de nos études, il nous est arrivé plusieurs fois de voir survenir à la suite d'appendicites aiguës, des fistules stercorales. Ces fistules, dans presque tous les cas ont évolué spontanément vers la guérison, dans un laps de temps assez restreint. Mais à côté de ces perforations petites, laissant passer une faible quantité de matières stercorales pendant quelques jours, nous avons vu deux fois des perforations étendues par lesquelles le contenu de l'intestin s'écoulait complètement au dehors. Contrairement aux précédentes, elles ne se sont pas fermées spontanément et il a fallu recourir à des opérations réparatrices.

Ces deux cas qui nous ont particulièrement intéressé, nous ont amené à rechercher ce qui avait pu être dit et fait sur ce sujet.

Nous pensions que les publications devaient être nombreuses et complètes vu le nombre toujours croissant des appendicites traitées chirurgicalement.

Mais, malgré tout ce qui a été dit sur l'appendicite, les anus contre nature et fistules stercorales, on n'a pas encore, à notre avis, envisagé comme ils le méritent, la *pathogénie*, l'*évolution* et le *traitement* de ces larges perforations.

Nous les appelons *anus contre nature*, bien qu'elles ne présentent pas d'éperon comme l'exige la définition classique de l'anús. Nous pensons, en effet, avec MM. Le Dentu et Guinard que la différence d'appellation ne doit pas dépendre de la présence ou de l'absence d'éperon, mais bien plutôt des dimensions de la perforation et surtout de la quantité de matières fécales auxquelles elle livre passage.

Dans toutes les observations que nous avons pu réunir dans ce travail, ces deux conditions (perforation large et issue totale ou presque totale des matières) sont remplies, et nous avons le droit de parler d'anús contre nature par opposition aux ouvertures plus petites, beaucoup plus fréquentes qui, elles, méritent bien le nom de fistules stercorales.

HISTORIQUE

Il n'est pas utile de remonter bien loin dans la littérature médicale pour trouver les premiers travaux écrits sur les perforations de l'intestin consécutives à l'appendicite. Cette dernière est connue depuis trop peu de temps pour qu'il en soit autrement. Il ne faut cependant pas oublier, que si le terme d'appendicite est récent, la maladie n'en est pas moins ancienne. C'est sous l'impulsion donnée il y a une vingtaine d'années par les Américains à la pathologie, jusquelà fort obscure de l'appendice, que la question s'est éclairée d'un jour nouveau et qu'on a rattaché à l'appendicite des cas de fistules stercorales considérées auparavant comme conséquences de la typhlite, péri-typhlite ou abcès de la fosse iliaque.

Le premier travail d'ensemble sur cette question a paru en 1879. C'est la thèse de Blin : *Étude sur les fistules pyo-stercorales consécutives aux abcès phlegmoneux de la cavité abdominale et indépendante des hernies*. Il rapporte 72 cas de fistules pyo-stereo-

rales. Or 49 siègent à la fosse iliaque droite, il en attribue 18 à des péri-typhlites. Il est fort probable qu'il est encore au-dessous de la vérité.

Dix ans après en 1889 : Vaucher (Thèse de Paris : *Contribution à l'étude des fistules pyo-stercorales*) reprend la question et comme Blin attribue comme origine aux fistules toutes les suppurations abdominales ou pelviennes y compris les hernies abandonnées à elles-mêmes ou tardivement opérées. Il s'attache surtout au traitement qui, pour lui, aura d'autant plus de chances de réussir, qu'il aura été appliqué plus précocement.

En 1899, Ymbert, localisant le sujet, étudie le premier dans sa thèse inaugurale, les fistules pyo-stercorales consécutives à l'appendicite. Il admet sans y insister davantage, que l'établissement d'un anus contre nature peut devenir nécessaire dans certains cas d'appendicite suppurée avec perforation. Mais il ne fait pas la distinction entre la fistule étroite et la large perforation.

L'année suivante, Lécureuil, traitant des fistules entéro-cutanées consécutives à l'appendicite, essaye dans son introduction de les distinguer en deux variétés : fistules et anus contre nature au sens où nous l'entendons, mais dans la suite il ne maintient plus sa division. De plus, il étudie en même temps les fistules tuberculeuses qui, à notre avis, ne doivent en rien être comparées aux autres, tant au point de vue de l'évolution que du pronostic et du traitement.

Au sujet des méthodes de traitement à employer pour la cure des anus contre nature, la thèse de Gœtz de Genève (Paris, 1890) a marqué la première étape dans l'étude de la question. Depuis lors, un nombre assez considérable de publications nouvelles a enrichi la science de documents importants. Ce sont les mémoires de Chaput (*Archives générales de médecine*, août et septembre 1890), la thèse de Jeannin (Lyon, 1894), les travaux intéressants de Gangolphe, Lejars, Forgue. La communication très importante de Le Dentu au Congrès de chirurgie en octobre 1895, où il dit que l'anüs contre nature est bien caractérisé par l'éperon qui sépare les deux bouts de l'intestin, mais aussi par les grandes dimensions de l'orifice cutané qui laisse passer à l'extérieur la totalité ou la plus grande partie des matières. Ce sont encore les observations si intéressantes de Potherat et Rioblanç, au Congrès de chirurgie de 1897, que nous rapportons dans notre travail et qui ont trait à des appendicites suraiguës et suppurées.

Une observation d'Albarran à la Société de chirurgie en 1900 où il insiste sur les lésions cæcales étendues qui, causées évidemment par l'inflammation de l'appendice, sont cependant séparées de ce dernier, par un intervalle de plusieurs centimètres. Enfin dans ces dernières années, c'est à peine si on trouve quelques communications isolées sur la question, dans la littérature allemande et américaine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les anus contre nature consécutifs à l'appendicite ne siègent généralement pas à l'insertion de l'appendice sur le cæcum. Nous ne voulons pas dire que les communications de l'intestin avec l'extérieur soient exceptionnelles à ce niveau, mais alors on a affaire à une perforation de dimensions réduites, communiquant avec la peau par un canal étroit et souvent contourné. Il livre passage à un mélange de pus et de matières fécales, mais ces dernières sont toujours peu abondantes. C'est en résumé la petite fistule stercorale ou pyo-stercorale qui a déjà été traitée par Lécureuil en 1900.

Les véritables anus siègent en plein intestin ; le plus souvent sur le cæcum, parfois sur la terminaison de l'intestin grêle, parfois sur les deux.

Parmi les huit observations que nous avons pu réunir, quatre fois la perforation siège sur le cæcum et presque toujours sur sa face antérieure ; dans deux cas elle siège sur les derniers centimètres de l'iléon, deux fois enfin pour les cas observés par

M. Guinard le siège exact n'a pu être déterminé puis que la guérison spontanée est survenue ; mais il semble bien que dans un cas au moins (Observation V) il y ait eu des perforations multiples, siégeant à la fois sur l'intestin grêle et le cæcum.

Ce qui est surtout remarquable c'est que ces perforations bien que liées intimement aux lésions appendiculaires, en sont séparées par quelques centimètres de tissu sain. Plusieurs des auteurs que nous citons plus loin, l'ont noté dans leurs observations en décrivant les lésions qu'ils ont trouvées, mais sans y insister particulièrement. M. Albarran, cependant (Société de chirurgie, 1900) termine en disant : « ... Je donne mon observation d'aujourd'hui pour faire remarquer les lésions cæcales. Les deux plaques de gangrène de la paroi antérieure du cæcum se trouvaient loin de l'appendice, et sans rapport direct avec les lésions appendiculaires. »

Il est bon de retenir cette particularité dont nous reparlerons en essayant d'expliquer comment se produisent ces perforations.

Presque dans tous les cas, nous trouvons une perforation de la largeur d'une pièce de 1 à 2 francs, accompagnée d'une perforation plus petite. (Observations II (Poitherat), IV (Albarran), VII (Jalaguier).

Elles s'ouvrent à la peau presque directement sans interposition d'un trajet long et tortueux. Disons pour finir que deux perforations aboutissent le plus souvent au même orifice cutané, parfois cependant elles ont chacun un orifice propre.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Il est permis de se demander si ces larges perforations dont nous connaissons maintenant les dimensions et le siège habituel, surviennent indifféremment dans toutes les formes d'appendicite. Nous ne le croyons pas.

Il est des cas d'appendicites atténuées sans empâtement, sans collection dans la fosse iliaque, qui ne donnent jamais lieu à aucune perforation, ni à aucune fistule, si petite soit-elle, si elles sont refroidies méthodiquement et opérées ensuite avant d'avoir pu récidiver.

Lorsque l'inflammation de l'appendice est plus intense et détermine une collection localisée à la fosse iliaque droite, les perforations sont beaucoup plus à craindre. Mais alors on rencontrera surtout la petite fistule appendiculaire dont nous avons parlé.

La large perforation, le véritable anus cœcal survient dans les cas très graves, qui heureusement ne

se sont pas terminés par la mort. Passons en revue les cas que nous avons pu réunir :

Le cas rapporté par Rioblane est d'une gravité exceptionnelle, il se complique de septicémie suraiguë et de pleurésie purulente. Après l'ouverture chirurgicale du foyer appendiculaire, le malade est dans un état désespéré pendant une semaine et c'est pendant cette mauvaise période qu'apparaît le sphacèle cœcal puis la perforation.

Potherat trouve une péritonite généralisée consécutive à une appendicite suraiguë perforante.

Albarran, trois jours après le début des accidents, constate que l'appendice est perforé à sa base et que le péritoine contient déjà une sérosité louche.

Il suffit de lire les observations de M. Guinard, pour constater la gravité des cas qu'il rapporte.

Enfin, les deux cas que nous avons observé nous-même, étaient particulièrement graves.

Le malade de M. Jalaguier a été opéré dans une situation désespérée, il en est de même du malade de M. Veau qui avait été opéré d'urgence par M. Herbert, dans le service de M. Félizet.

Une seule fois, un large anus semble avoir succédé à une forme chronique. C'est le cas d'Horteloup (dans thèse Vaucher). Mais on n'a pas vu évoluer la crise et on s'en rapporte au dire du malade.

De cette énumération, la conclusion s'impose : L'anus contre nature survient généralement à la suite des appendicites graves avec péritonite généralisée, s'accompagnant de septicémie et de localisa-

tions éloignées, signes de la virulence de l'infection.

A l'heure actuelle, ces formes d'appendicite sont presque toujours opérées à chaud par les chirurgiens qui, suivant les difficultés de sa recherche, enlèvent l'appendice ou se contentent d'évacuer le pus et de drainer le péritoine.

On pourrait croire que la persistance de l'appendice est une cause de perforation pour les jours suivants, tandis que son ablation met à l'abri de cette complication. Il n'en est rien si nous en croyons les observations rapportées plus loin. Sur huit cas d'anus contre nature, quatre fois l'appendice est resté en place, les quatre autres fois il a pu être enlevé, mais son ablation n'a en rien empêché une large perforation de se produire.

On comprendra aisément la chose si on se rend compte qu'au moment de l'intervention le mal est déjà fait ; la perforation existe en fait ou en puissance.

Il est indispensable ici de dire un mot du mécanisme de la perforation.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'elle est causée par un sphacèle de la paroi intestinale, mais on a invoqué pour l'expliquer des causes qui nous semblent fausses.

On a parlé des compressions vasculaires par les ganglions augmentés de volume. Cette compression qui peut à la rigueur être invoquée pour les perforations de l'appendice, organe irrigué par une seule artère terminale, est illusoire quand ils'agit du cœcum ou de la fin de l'intestin grêle. De même la compres-

sion directe de la paroi intestinale par des drains volumineux ou par des mèches, doit avoir bien de la peine à provoquer une gangrène de l'intestin si elle est seule en cause. En réalité la vraie cause, la cause unique du sphacèle, c'est la virulence spéciale de l'infection.

Nous avons vu plus haut que ces perforations surviennent dans les appendicites suraiguës, s'accompagnant d'une infection générale de l'organisme, déterminant en moins de trois jours, des perforations de l'appendice et des péritonites généralisées.

Il faut pour expliquer cette évolution suraiguë que les agents microbiens en cause soient doués d'une virulence exceptionnelle. Or, la pathologie générale nous enseigne que dans ces cas, les tissus n'ont pas le temps de lutter contre l'envahissement microbien ; ils sont frappés à mort avant d'avoir pu réagir. C'est le sphacèle au lieu de l'inflammation.

Au moment de l'intervention, les agents microbiens ont déjà fait leur œuvre. Parfois les lésions sont assez avancées pour être reconnues macroscopiquement. M. Jalaguier et M. Albarran ont pu voir deux plaques de sphacèle sur le cœcum. D'autres fois, on ne constate rien et on peut espérer que la paroi est intacte. Malheureusement il n'en est rien, les éléments cellulaires sont déjà frappés de mort et l'ablation de l'appendice ne peut plus empêcher la plaque de sphacèle d'apparaître, et de s'éliminer dans les jours qui vont suivre.

Comment les microbes peuvent aller sur le cœcum coloniser à distance ? L'explication nous en est don-

née par le mémoire de M. Victor Veau couronné par la Société de chirurgie en 1902 (*Le système lymphatique de l'appendice dans l'appendicite*).

Il existe dans l'appendice deux réseaux lymphatiques : 1° un réseau muqueux se collectant en des troncs qui aboutissent aux ganglions de la base de l'appendice. C'est ce réseau qui est toujours pris dans l'appendicite normale. Témoins les adénopathies que l'on rencontre constamment pendant l'appendectomie. Il est indépendant du cœcum et ne peut être incriminé.

2° Un deuxième réseau sous-péritonéal, celui-là, qui communique en haut avec celui du cœcum, comme il communique d'ailleurs en bas avec le réseau sous-péritonéal des annexes.

Dans les appendicites suraiguës, les microbes ont vite fait de traverser la muqueuse et la musculuse, pour gagner ce réseau sous-séreux, dans lequel ils vont cheminer. Ils le suivent plus ou moins longtemps, puis au bout de quelques centimètres, pénètrent dans l'épaisseur du cœcum ou de l'intestin grêle, y prolifèrent et déterminent le sphacèle constaté. Comme ils peuvent coloniser en des points différents, nous comprenons la multiplicité si fréquente des perforations.

En résumé, les abus consécutifs à l'appendicite sont causés par la virulence spéciale de l'infection qui, déterminant une lymphangite sous-séreuse va occasionner des plaques des sphacèle de l'intestin.

SYMPTOMES ET EVOLUTION

Comme il était aisé de le prévoir par ce que nous venons de dire sur le mécanisme de ces perforations, il est rare qu'elles existent déjà au moment où on intervient pour sauver la vie du malade.

Une seule fois, la perforation était complète dans un des cas de M. Guinard. Dans les autres cas l'état de l'intestin a permis de prévoir cette perforation, mais elle ne s'est montrée que dans la suite. M. Albaran dit bien qu'il a trouvé, mélangées au pus, un peu de matières fécales qui avaient suinté par une des deux plaques de gangrène qu'il avait constaté, mais ce n'est encore qu'une toute petite perforation. L'élimination de l'escarre ne sera complète que cinq ou six jours ou plus tard, et c'est seulement à ce moment-là, qu'on peut véritablement parler d'anus contre nature, donnant issue à la totalité des matières.

Dans le cas qui a été opéré par M. Veau, la perforation est survenue le huitième jour sans qu'on

ait rien remarqué d'anormal au moment de l'intervention.

Le malade de Potherat qui présentait deux larges plaques de sphacèle, ne voit son anus apparaître que le douzième jour.

Rioblanc, le constate seulement le quatorzième jour.

Enfin, nous voyons la large perforation cœcale du malade de M. Jalaguiet se produire seulement le vingtième jour après l'opération, alors que l'état général du malade est déjà moins inquiétant. Elle a été précédée, les jours d'avant, par de petites perforations sur l'intestin grêle qui ont guéri spontanément.

En somme, on peut dire que ces larges perforations sont rarement primitives. Le plus souvent, elles surviennent du huitième au douzième jour. Elles sont à redouter jusqu'au vingtième jour surtout lorsque l'état général du malade continue à être très mauvais.

Leur apparition est brusque. Un matin, on trouve des matières fécales dans le pansement. Le malade n'en est pas incommodé autrement, il n'éprouve pas de douleurs particulières et son état général n'en est pas aggravé.

Dans les jours qui suivent, les matières continuent à s'écouler en totalité ou presque par l'anus cœcal. Rien ou presque rien ne passe dans le bout inférieur de l'intestin. Puis, peu à peu, l'anus se rétrécit, si bien qu'au bout d'un mois, un mois et demi, ses dimensions ont notablement diminué. Les matières

recommencent à s'évacuer en partie par l'anus naturel. L'état général du malade s'est amélioré peu à peu, tout danger a disparu, il ne reste plus qu'une infirmité.

Cette évolution est certainement la plus fréquente et c'est celle que nous trouvons dans toutes nos observations, exception faite pour le petit malade qui a été opéré par M. Veau à Bretonneau. Chez lui l'anus une fois formé, a gardé ses dimensions primitives, les matières ont continué à s'évacuer par là en totalité. Après une période d'amélioration qui a suivi la guérison de son infection appendiculaire, il a recommencé à maigrir et il déclinait de jour en jour jusqu'au moment où une intervention réparatrice lui a rendu l'usage de son gros intestin. Ce dernier exemple, assombrit singulièrement le pronostic de cette affection qui, dans tous les autres cas, n'a pas mis en danger la vie du malade.

Si nous excluons cette éventualité qui semble en somme assez rare, il est intéressant au plus haut point de se demander comment les anus évoluent dans la suite. Guérissent-ils spontanément comme il arrive pour les fistules de petite dimension, persistent-ils indéfiniment ?

Ici encore il nous est impossible d'énoncer une règle pour tous les cas. Nous pensons que le plus souvent ils persisteront indéfiniment sans changer notablement de caractère, et cette opinion s'appuie sur les observations rapportées plus loin, dans lesquelles on a été obligé presque toujours de recourir

à une intervention. Cependant il y a des exceptions ; les deux cas de M Guinard, en témoignent.

Est-il possible de préciser l'évolution à l'avance ? Le siège de l'anús sur le cœcum ou l'intestin grêle, ses dimensions, le nombre des perforations, permettent-ils d'établir un pronostic ferme ? Nous ne le croyons pas, du moins à l'heure actuelle. Les deux malades de M. Guinard présentaient toutes les conditions requises pour faire croire à une durée indéfinie, et cependant ils ont guéri spontanément.

Cette possibilité de guérison spontanée dans les cas qui semblent les plus désespérés, est de la plus grande importance à connaître au point de vue des indications thérapeutiques.

TRAITEMENT

Quand l'anus contre nature est constitué, il suffit de continuer le traitement sans y rien changer, en prenant soin de renouveler le pansement plus souvent quand il est souillé par les matières. Leur contact prolongé favorise au plus haut point l'inflammation et les ulcérations de la peau avoisinante. On prendra les soins de propreté les plus méticuleux et on pansera à plat comme le conseille M. Lécureuil. Comme alimentation, on donnera aux malades, des mets nutritifs et faciles à digérer pour éviter dans la mesure du possible les douleurs intestinales et les crises de diarrhée.

Mais ces procédés médicaux ont bien peu d'action sur l'évolution de l'anus. La question qui se pose est celle-ci : faut-il intervenir chirurgicalement et à quel moment ?

Il est des cas où l'intervention chirurgicale s'impose. Nous avons en vue les cas semblables à celui de M. Veau où l'état général du malade va en décli-

nant. Mais lorsque l'état général reste bon, il en est tout autrement. Sans doute la cure radicale sera dans la plupart des cas la dernière ressource, mais elle devra être beaucoup plus tardive.

Gosselin, parlant des fistules intestinales en général, déclarait qu'on ne doit rien tenter de chirurgical avant deux mois.

Dupuytren assignait trois mois comme limite de l'expectation.

Gœtz est du même avis et pour lui, la guérison si elle doit se produire, survient en trois mois.

Nous pensons que cette limite de trois mois est encore trop rapprochée pour les perforations qui nous intéressent. En attendant plus longtemps, on a tout à gagner et rien à perdre. Rien à perdre puisqu'on surveille le malade et que son état général reste bon. Tout à gagner puisqu'il vient de traverser une crise terrible, et qu'il a besoin de repos. Au bout de cinq ou six mois, sa santé sera meilleure et on sera dans de meilleures conditions pour obtenir un bon résultat.

Enfin et surtout, l'attente peut éviter au malade une nouvelle opération. Nous ne croyons pas, en effet, avec M. Lécureuil qu'on « observe fréquemment la guérison spontanée », mais nous savons qu'elle est possible et cela nous suffit. Nous attendrons donc, et si après six mois ou un an, l'état des lésions reste stationnaire, on sera autorisé à intervenir.

D'ailleurs, on ne restera pas complètement inactif, et par des cautérisations de l'orifice et du trajet

avec le fer rouge et le nitrate d'argent, on essaiera de diminuer le calibre de l'anus et de favoriser sa guérison s'il a une tendance naturelle à se fermer. Lorsqu'on s'est décidé à fermer l'anus par une intervention chirurgicale, quel procédé faudra-t-il employer ?

La cure de l'anus contre nature se fait en deux temps : 1^{er} destruction de l'éperon ; 2^e oblitération de l'orifice.

Dans notre cas particulier, le premier temps n'a pas sa raison d'être puisque, nous l'avons dit plus haut, ces anus n'ont pas d'éperon.

Reste la deuxième indication à remplir. Les procédés préconisés sont nombreux et peuvent être divisés en deux classes :

A. — Méthodes extra-péritonéales.

B. — Méthodes avec ouverture de la cavité péritonéale.

Disons tout de suite que tous les procédés de la première catégorie :

Fermeture de l'orifice cutané (Dieffenbach, Nélaton, Blandin);

Evidemment en cuvette (Velpeau et Gosselin);

Avivement du trajet et décollement de l'intestin (Malgaigne);

Procédé par abrasion (Chaput);

Invagination du trajet anal (Jeannel);

sont voués dans les cas que nous rapportons, à un insuccès constant, à une récurrence certaine.

On ne doit plus craindre aujourd'hui si on prend

les précautions aseptiques nécessaires, d'ouvrir la grande cavité péritonéale.

Cette ouverture est indispensable ; elle seule permet de reconnaître exactement les lésions, de supprimer les adhérences de l'intestin à la paroi, *d'enlever les parties malades* afin que les sutures siègent sur *des parois saines*, condition essentielle d'une bonne réussite.

Pour se conformer à cette règle générale, on sera obligé de modifier sa manière d'agir suivant l'état des lésions.

Chaque fois qu'elle sera possible, l'entérorraphie latérale sera le procédé de choix : elle est de beaucoup la moins dangereuse. Gœtz sur 13 cas rapporte 13 succès. Horteloup, Potherat, Rioblane se sont servi de ce procédé.

Malheureusement, les lésions sont parfois si étendues, qu'on est bien obligé de recourir à la résection de la partie malade. Lorsque c'est seulement la partie antérieure et externe du cæcum qui est en cause, il semble que la gravité de l'intervention n'en soit pas beaucoup augmentée. On suture comme dans l'entérorraphie et le rétrécissement souvent considérable qui en résulte, n'apporte pas dans la suite de troubles à la circulation des matières, grâce à la situation diverticulaire spéciale du cæcum. C'est ce qui s'est produit chez le malade de M. Jalaguier (observation VII) sans qu'il en ait éprouvé depuis aucun désagrément.

Lorsqu'à la résection cæcale on est obligé de join-

dre la résection de la partie terminale du grêle, l'opération reprend toute sa gravité qui est celle des résections en général dont la mortalité atteint la moyenne de 45 0,0 (Gœtz, Thèse Paris, 1890).

On ne s'y résoudra que si on y est absolument obligé, comme il est arrivé à M. Veau.

Enfin, exceptionnellement on pourrait avoir recours à l'exclusion, mais il faut avoir affaire à des lésions tout à fait spéciales comme en présentait un malade de M. Guinard (observation V).

L'intestin étant solidement suturé il semble qu'on doive se préoccuper un peu de la paroi. Nous lisons dans Monod et Vanverts : « Nous pouvons nous dispenser de fermer la paroi ; Schwartz et Chaput se sont bornés à bourrer de gaze iodoformée leur incision ; elle se ferme vite quand les filtrations intestinales sont taries. »

Elle se referme sans doute, mais avec une cicatrice qui peut se laisser distendre dans la suite et causer une éventration secondaire. Or, il ne faut pas oublier que la cure de l'anüs est une opération réparatrice pratiquée à froid, dans des conditions choisies par le chirurgien. Elle a pour but la réparation complète des lésions et ce but n'est véritablement atteint que si la paroi est refaite *plan par plan*.

Cette réparation n'a été faite que deux fois parmi les cas que nous avons relevé, une fois par Rioblane, une autre fois par M. Jalaguier. Cette dernière opération à laquelle nous avons assisté nous semble être véritablement idéale. Elle est rapportée plus loin

mais nous tenons à insister tout particulièrement sur :

A. — La division en deux parties.

Première partie. — Dissection de la peau septique et relèvement de cette dernière avec des pinces en T, de façon à oblitérer l'ouverture extérieure de l'anüs ;

Deuxième partie. — Nouvelle désinfection des mains, changement d'instruments et de champ opératoire pour la suite de l'opération qui va être aseptique.

B. — La section de la paroi en *dehors du tissu de cicatrice*, de façon à pouvoir reconnaître les différents plans et les libérer assez loin pour pouvoir ensuite les attirer suffisamment et fermer la large perte de substance ainsi produite.

En résumé, la conduite à tenir est la même pour la paroi que pour l'intestin.

Section à la limite des tissus de cicatrice et suture en tissus sains.

OBSERVATIONS

Observation I

Vaste anus contre nature accidentel siégeant sur le cæcum.

Entérorraphie. Guérison.

(HORTELOUP. Congrès de chirurgie, Paris 1888.)

Le 22 avril 1887, entre à la maison de santé, dans un service de médecine, un nommé B..., 33 ans, commis de magasin.

Cet homme portait au-dessus de l'arcade de Fallope, une petite tumeur fluctuante, qui fut ouverte par l'interne. Quelques jours après, on m'envoyait le malade.

Je constate à 7 centimètres au-dessus de l'arcade, à la hauteur de l'épine iliaque antéro-supérieure, une petite incision, par laquelle, en introduisant une sonde cannelée, je reconnais un décollement s'étendant en arrière presque jusqu'à la crête iliaque. Je fais à ce niveau une contre-ouverture par laquelle je place un tube à drainage.

Le surlendemain, en défaisant le pansement, je trouve une quantité de matières verdâtres qui ne peuvent venir que de l'intestin.

D'un coup de bistouri, je réunis les deux ouvertures et je constate une perte de substance de toute l'épaisseur de la paroi abdominale, au fond de laquelle j'aperçois l'intestin.

Le malade donne peu de renseignements sur la marche de cette affection; il affirme qu'il a fort peu souffert et qu'il n'a été obligé de s'aliter que la veille de son entrée à la maison de santé.

Il est probable qu'il y a eu une pérityphlite terminée par suppuration qui se serait fait jour simultanément à travers la peau et l'intestin, si l'on n'était pas intervenu.

Plusieurs clapiers purulents situés aux deux extrémités de l'ouverture intestinale nécessitèrent d'autres incisions; curés, pansés à plat, ces clapiers guérissent assez vite et je n'eus plus à m'occuper que de la fermeture de cet énorme anus contre nature.

D'après la pathogénie de cette lésion, le nom exact que j'aurais dû donner à cette observation est fistule stercoropurulente. Mais la dimension exagérée, tout à fait insolite, de l'ouverture, m'autorise, je crois, à la désigner sous le nom d'anus contre nature accidentel.

Craignant de détruire les adhérences formées entre l'intestin et la paroi abdominale, je ne pratiquai pas de suite l'examen digital, aussi je fus assez longtemps incertain sur le siège exact de la portion lésée de l'intestin.

Lorsque tous les clapiers furent guéris et que la plaie fut bien cicatrisée, l'examen digital permit de reconnaître que la lésion siégeait sur le cæcum. En portant le doigt en haut, on pénétrait dans le côlon ascendant; en bas on suivait toute la cavité du cæcum et à la partie interne on sentait les bords de la valvule iléo-cæcale, que l'on pouvait attirer entre les

lèvres de la plaie, ainsi que le montre le moulage que je présente au Congrès.

Deux tentatives de suture furent faites, sans aucun résultat, la première au mois de juin, la seconde à la fin du mois d'août. Ces deux opérations ont échoué parce que nous ne nous trouvions pas dans des conditions ordinaires. Dans les anus contre nature soit accidentels, soit artificiels, la paroi abdominale n'a pas subi de perte de substance ; chez notre malade, il en était tout autrement par suite de l'origine de la lésion. Aussi je me décidai à faire une opération plus radicale : isoler l'intestin de la paroi abdominale et en faire la suture séparément.

L'opération fut pratiquée le 27 janvier 1888.

Après avoir lavé avec soin le cæcum, l'extrémité de l'iléon, le côlon ascendant, je repoussai la valvule iléo-cæcale avec une éponge.

Par une incision circulaire faite au point de réunion de la muqueuse et de la peau, je détachai sans grande difficulté l'intestin de ses adhérences et je pus attirer au dehors la plus grande partie du cæcum.

Je passai neuf fils de soie phéniquée fine à travers les parois de l'intestin puis, faisant adosser à l'aide de deux pinces, les surfaces péritonéales, je formai les nœufs, et pour bien assurer la réunion surtout aux deux extrémités de la suture, je plaçai cinq points de suture superficielle.

Je repoussai doucement dans l'abdomen toute l'anse intestinale, et craignant, malgré toutes les précautions prises, qu'il fût tombé quelques gouttes de sang dans l'abdomen, je fis le lavage du péritoine avec de l'eau distillée bouillie.

J'essayai avec des fils d'argent de faire la suture abdomi-

nale, comme dans la laparotomie, mais cela me fut impossible ; aussi mettant à profit la disposition infundibuliforme de la paroi, j'avivai obliquement les bords sur une hauteur de 2 centimètres et avec douze points de suture pratiqués avec du gros fil de soie phéniquée, je pus obtenir l'occlusion de cette grande ouverture, aux deux extrémités de laquelle je plaçai un tube à drainage.

Les suites de l'opération furent simples. Le jour de l'opération, B., rendit des gaz par l'anus.

Le lendemain 28, un lavement glycérimé fait rendre quelques matières. T. : 37°5.

Le 31. — Il y a eu trois garde-robes dans la journée T. : 38°4.

Le 2 février. — Plusieurs garde-robes abondantes sans douleur, après l'ingestion d'huile de ricin.

Le 4 février. — Je défais le pansement, rien n'a bougé. Je retire les tubes.

Le 7 février. — État excellent. T. : 37°7. J'enlève tous les fils, la suture est complète, la paroi abdominale très souple.

Le 19 février. — Premières garde-robes solides.

A partir de cette date on peut considérer la guérison comme obtenue.

Le 1^{er} mars. — Le ventre est souple, la peau n'est le siège d'aucun tiraillement et sauf une cicatrice linéaire longue de 20 centimètres, il serait difficile de soupçonner la triste infirmité dont ce malade a souffert pendant près d'un an.

Observation II

POTHERAT. Congrès de chirurgie, 1897.

Gargon de 14 ans, appendicite suraiguë, perforante. Laparotomie latérale ; ablation de l'appendice perforé ; lavage soigneux de l'abdomen, rempli d'un liquide louche qui baigne partout les anses intestinales. Au cours de l'opération, je remarque sur le cæcum et sur l'intestin grêle, près de son abouchement, deux plaques de la dimension d'une pièce de 2 francs et de 1 franc, couleur feuille morte, analogues à ce qu'on observe dans le sphacèle de l'intestin. Au bout de douze jours, alors que le malade commençait à peine à sortir des accidents les plus graves, nous vîmes apparaître des matières fécales dans la plaie.

Cette apparition devint bientôt une évacuation régulière et totale. Bref un anus contre nature s'était constitué non pas comme il arrive quelquefois à l'insertion de l'appendice, ou au niveau de la ligature de celui-ci, mais un anus en plein intestin, en plein intestin grêle, ainsi que je pus le constater trois mois après, lorsqu'en août dernier, le malade étant tout à fait rétabli, je lui fermai son anus contre nature, par entérorrhaphie longitudinale, après complète libération de l'anse intestinale. La guérison totale est restée depuis définitive. C'est là un fait exceptionnel d'anus contre nature consécutif à un sphacèle intestinal, d'origine évidemment septique.

Observation III

Appendicite suppurée, compliquée de pleurésie purulente et de septicémie suraiguë, dénudation et perforation du cæcum et anus contre nature. Trois opérations successives : incision iliaque, empyème et ultérieurement entérorraphie latérale après incision péritonéale d'emblée. Guérison complète.

(RIOBLANC. Congrès de chirurgie, 1897.)

Dur..., André, âgé de 22 ans, soldat au 158^e régiment d'infanterie, et ayant exercé antérieurement la profession de mineur, entre le 6 janvier 1897 dans mon service à l'hôpital Desgenettes à Lyon.

Dans ses antécédents personnels ou héréditaires, il faut noter seulement une fièvre muqueuse en 1895.

Le 2 janvier 1897, Dur..., qui depuis quelques jours avait un peu de diarrhée, a commencé à ressentir des coliques, d'abord généralisées à tout l'abdomen, mais qui, dans la nuit du 2 au 3, se sont localisées à la fosse iliaque droite ; pas de vomissements. Cela se passait pendant une permission.

Rentré au régiment le 4 janvier et très fatigué par le voyage, Dur... était immédiatement admis à l'infirmerie ; il y présentait encore une selle diarrhéique avec température vespérale de 38° et entraît à l'hôpital dans l'après-midi du 6 janvier.

Le 7 janvier, la température est de 38°, le poulx un peu petit, bat 96 fois par minute, les yeux sont légèrement cernés. Le malade se plaint de douleurs lancinantes dans la fosse iliaque droite.

A l'examen de la région on ne constate point de ballonnement, pas de changement de coloration à la peau.

A la palpation, pas de chaleur, mais une tension de la paroi abdominale du côté droit qui contraste avec la souplesse de cette même paroi du côté gauche. Hyperesthésie du côté droit, douleur à la pression au point de Mac-Burney.

Zone de matité très manifeste à la percussion, au-dessus de l'arcade de Fallope.

Au toucher rectal, un peu de sensibilité à la pression dans la moitié droite du petit bassin.

En présence de cet ensemble de phénomènes, le diagnostic d'appendicite s'impose ; la question de l'intervention immédiate est agitée, mais on conclut à l'ajournement.

Traitement. — Bouillon et lait. Potion laudanisée. Glace sur le ventre.

Dans les journées du 7, du 8 et du 9 janvier, l'état général se maintient stationnaire. La température remonte à 39° tous les soirs et redescend à 37° et quelques dixièmes tous les matins. Pas de phénomènes péritonéaux, mais douleur persistante et empatement manifeste de la région.

A l'auscultation des poumons, on trouve quelques râles sous-crépitaux fins à la base droite.

En présence de la persistance de la température et de l'accroissement de l'empatement, l'intervention est résolue et pratiquée le 10 janvier.

Anesthésie à l'éther ; incision de 12 centimètres environ, parallèle à la moitié externe de l'arcade de Fallope, dépassant en dehors l'épine iliaque de 4 centimètres environ. Après ouverture du péritoine, je trouve un large gâteau formé par des anses intestinales agglutinées et des fausses membranes

qui tout à l'heure vont saigner abondamment. Je dissocie ces adhérences et j'ouvre une poche d'où jaillit un flot de pus fétide, jaune verdâtre. L'appendice n'a pas été recherché. Après lavage de la poche à l'eau boriquée je me suis borné à y placer deux gros drains et à re fermer la paroi par quatre plans de suture : péritoine, muscles petit oblique et transverse, muscle grand oblique et son aponévrose, peau ; les trois premiers plans au catgut, le dernier au crin de Florence.

Pansement à la pommade de Reclus à l'antipyrine et l'iodoforme.

Dans la journée, pas de vomissements ni de nausées. T. : 37°5 ; pouls à 80.

Les jours suivants, l'amélioration produite par l'opération s'accroît. Le pouls reste très bon ; on entend toujours quelques râles bullaires fins à la base droite. Le malade est allé à la selle.

Le 15 janvier. — On constate dans l'écoulement purulent, la présence de matières fécales.

Cet état de bien-être et d'apyrexie complète durait depuis huit jours, lorsque brusquement le 18 au matin, la température axillaire atteint 39°7. La langue est sèche, les yeux cernés, le pouls à 120. L'auscultation des poumons révèle tous les signes d'une congestion pulmonaire.

Les jours suivants, l'état général est de plus en plus mauvais ; T. : 40°, dyspnée intense ; les ailes du nez battent.

Le 20 janvier. — Les signes stéthoscopiques se modifient et il devient évident qu'à la congestion pulmonaire s'est joint un épanchement pleurétique intéressant particulièrement la plèvre diaphragmatique.

Du côté de la plaie abdominale dont les fils ont été enle-

vés, rien à noter ; il s'en échappe toujours en abondance, mêlées au pus, des matières stercorales.

24 janvier. — Une ponction exploratrice dans la plèvre droite, ramène du pus. L'opération de l'empyème est pratiquée et pour mieux drainer, je résèque un segment de la septième côte, au-dessous de l'angle de l'omoplate. J'évacue environ 1 litre de pus.

Le malade est excessivement faible et on lui fait une injection sous-cutanée de 1 litre de sérum de Hayem.

Les, 25, 26, 28, 30, 31 janvier et 5 février, les injections de sérum furent renouvelées. Huit litres environ de sérum traversèrent ainsi la circulation et empêchèrent le malade de succomber à une effroyable septicémie.

L'amaigrissement devenait extrême et la muqueuse buccale se couvrait de muguet.

Au niveau de la plaie abdominale, la désunion avait mis à nu la face antérieure du cæcum, sur une étendue de 5 centimètres. Sur le cæcum ainsi dénudé, un point de sphacèle apparut, et bientôt les matières stercorales affluèrent dans la plaie par deux sources différentes : 1° par un petit trajet contournant le bord externe du cæcum et aboutissant sur sa face postérieure ; 2° par un large orifice des dimensions d'une pièce de 1 franc, et situé sur la face antérieure du cæcum.

La situation demeura aussi inquiétante jusque vers le 30 janvier. A cette date, l'amélioration commença à se faire sentir ; les plaies commencèrent à granuler et à se rétrécir. L'alimentation put être reprise et très lentement, la guérison se fit.

Cependant, l'écoulement stercoral demeurait très abondant et malgré les pansements quotidiens, il avait amené autour

de la plaie une pyodermite pustulo-ulcéreuse, très douloureuse et très rebelle.

C'est seulement à la fin de février que les températures vespérales cessèrent d'atteindre 38°, et à la fin de mars, que les plaies abdominales et thoraciques furent épidermisées à l'exception des orifices fistuleux.

Par la fistule stercorale, à laquelle ses dimensions permettaient de donner le nom d'anus contre nature, la presque totalité des matières fécales passait; quelquefois même, après un purgatif, rien n'était rendu par l'anus normal.

Les forces reviennent peu à peu. Fin mai, l'état général est excellent, la fistule pleurale paraît ne plus dépasser l'épaisseur de la paroi; la respiration s'entend dans toute l'étendue du poumon droit.

La fistule stercorale persiste, un peu rétrécie, mais livrant passage à la presque totalité des matières.

C'est alors que je tente la cure de l'anus contre nature. Elle est pratiquée le 5 juin.

Anesthésie à l'éther. Tamponnement de l'anus artificiel avec de la gaze iodoformée.

Une incision circonscrit l'orifice fistuleux; elle présente une queue supéro-externe, une queue inféro-interne et une boucle allongée qui passe à 1 cm. 1/2 des lèvres de l'orifice anormal. Section de la peau dans toute l'étendue de l'incision; pour la section des couches profondes, en raison des modifications qui y sont apportées par l'éventration, je l'amorce dans une partie sûrement normale, c'est-à-dire au niveau de la queue supéro-externe de l'incision.

Je coupe à ce niveau, couche par couche, les muscles grand

oblique, petit oblique et transverse, en soulevant ces derniers à l'aide de la pince.

Arrivé sur le péritoine, j'insinue entre lui et les plans superficiels, une spatule mousse, sur laquelle j'achève la section de ces derniers, conduite d'autant plus nécessaire qu'au pourtour de la fistule, la paroi musculaire a complètement disparu et le péritoine se trouve immédiatement au-dessous du fascia superficialis. Toutes les couches superficielles sont donc actuellement sectionnées jusqu'au péritoine exclusivement.

Le péritoine est alors ouvert et incisé sur le doigt en suivant exactement le tracé de l'incision des couches superficielles. Les anses intestinales apparaissent et tendent à faire hernie ; on les refoule à l'aide de compresses bouillies et chaudes. J'attire alors au dehors le segment de peau englobant l'anus contre nature et le cæcum qui lui adhère ; le tout est étroitement cerné de compresses, de façon que l'acte opératoire principal se passe bien en dehors du ventre.

J'explore rapidement le cæcum et je trouve couché sur son extrémité postéro-externe, l'appendice qui lui adhère et présente le volume du petit doigt. Il est isolé, lié, excisé à sa base ; puis la muqueuse de la section est détruite au thermocautère et le moignon appendiculaire est fermé par quelques points de suture séro-séreuse.

Je reviens ensuite à l'anus artificiel ; les adhérences très peu étendues qui l'entourent sont dégagées jusqu'à complet isolement du trajet long de 1 centimètre environ qui réunit l'orifice cutané à l'orifice cæcal. Je retire alors la mèche qui tamponnait le trajet fistuleux et faisant comprimer le cæcum par les doigts de mon aide au-dessous de ce trajet,

j'ai excisé d'un coup de ciseaux; la perforation qui en résulte, rendue linéaire et longitudinale par la compression, mesure 1 cm. 1/2 de longueur; pour la fermer j'ai eu recours au procédé préconisé par M. Chaput dans son Mémoire de 1894: d'abord un surjet à la soie fine affrontant les deux lèvres de la plaie et traversant toute l'épaisseur de la paroi, y compris la muqueuse; puis successivement deux plans de sutures séro-séreuses de Lembert, refoulant la première suture vers la lumière de l'intestin dont les dimensions excluent toute crainte de rétrécissement. La suture, du reste, était longitudinale les fils étant passés perpendiculairement à l'axe de l'intestin; pas de drainage intestinal. Le cæcum remplacé dans le ventre, l'épiploon a été étalé en avant des sutures; puis le péritoine a été refermé, la paroi musculo-aponévrotique suturée au catgut et enfin la peau a été réunie au crin de Florence. Comme, pour suturer le péritoine, très friable, on avait été obligé de le décoller de la fosse iliaque et qu'il en était résulté une cavité située entre le plan péritonéal et les plans superficiels, une mèche de gaze a été laissée dans cette cavité pour la drainer.

Pansement à la pommade de Reclus enveloppement ouaté des membres inférieurs.

L'opération a duré plus de deux heures. Elle a été bien supportée.

L'examen des pièces a montré un orifice anal de 1 centimètre de diamètre et un trajet de 1 centimètre également, limité par une couche très mince d'adhérences constituant à ce trajet une paroi de 2 ou 3 millimètres au plus. Quant à l'appendice, il était coudé et présentait au niveau de cette coudure, une cicatrice oblitérant une ancienne perforation

et obstruant complètement sa lumière. Il y existait donc deux cavités, une communiquant avec le cæcum et une autre terminale, complètement close, mais paraissant, dans ce cas particulier, close secondairement et par le fait de la plicature cicatricielle de l'appendice.

Pas de vomissements ni de douleurs abdominales.

La température revient en trois jours à la normale. Lavements huileux qui ont entretenu des selles régulières.

Le pansement a été refait le 11 juin; il était souillé de pus sans aucune trace de matières fécales. Les selles se font régulièrement par l'anus depuis le 8 juin. Quant à la plaie opératoire, le 27 juin tout décollement entre les plans superficiels et profonds avait disparu et le 10 juillet, l'incision opératoire était entièrement épidermée.

Le malade se lève alors et commence à marcher. En août, les forces sont revenues et la guérison peut être considérée comme complète.

Observation IV

Appendicite familiale; gangrène de l'appendice et double perforation du cæcum; péritonite généralisée. Guérison.

(ALBARRAN. Congrès de chirurgie, 1900.)

Un frère et deux sœurs ont déjà été opérés d'appendicite par M. Albarran, lorsque :

En juillet 1898, ma jeune malade avait été prise d'accidents d'appendicite depuis trois jours. La douleur et l'empâtement de la fosse iliaque, perceptibles, malgré le ballonnement du ventre, ne laissaient aucun doute sur le diagnostic et j'opé-

rai immédiatement. A l'ouverture du ventre il s'écoula une assez grande quantité de sérosité louche et je vis plusieurs anses intestinales rouges avec des dépôts pseudo-membraneux. L'appendice, d'une longueur de 12 centimètres, était perforé près de sa base et entouré par une collection purulente fétide. Sur la paroi antérieure du cæcum, enflammé dans son entier, se voyaient deux plaques gangrénées, séparées l'une de l'autre par une distance de 3 centimètres : une des plaques était perforée et donna passage à des gaz et à des matières. Dans les jours suivants, les deux plaques de gangrène s'éliminèrent et ma malade conserva un double anus contre nature. Nous dûmes plusieurs mois après, M. Chaput et moi, pratiquer une large résection cæcale. La malade finit par guérir.

Observation V (Inédite).

(Obligamment communiquée par M. le Dr GUINARD,
chirurgien des hôpitaux.)

Gabriel Y..., âgé de 17 ans, a ressenti à la fin du mois de janvier 1901, de vives douleurs abdominales qui l'obligent à garder le lit pendant quinze jours. Cette crise passée, il reprend ses occupations mais il est obligé de s'arrêter presque aussitôt car il a une nouvelle crise avec vomissements et fièvre. Constipation puis diarrhée violente. Température : 38°4.

Le médecin consulte diagnostique une appendicite. Un repos de huit jours calme cette deuxième attaque lorsque le 21 mars il est repris de violentes douleurs, mais sans vomis-

sements ni température. C'est alors que le malade est transporté à la maison de santé Dubois. A l'inspection, on constate que le ventre est ballonné et que la peau est normale. A la palpation, on sent de la résistance musculaire dans la fosse iliaque droite. La douleur quoiqu'elle existait au point de MacBurney, siège plutôt au-dessous dans la région inguinale.

Le malade se défend nerveusement quand on veut le palper et il dit souffrir en urinant. On porte le diagnostic d'appendicite et l'opération est décidée ; elle a lieu le 29 mars.

Incision de Jalaguier. On doit agrandir beaucoup par en bas à cause de la situation pelvienne de l'appendice. Il est impossible d'attirer le cæcum au dehors car il est adhérent à la fosse iliaque. En tirant sur l'extrémité cæcale, on déchire en totalité l'appendice à 1 centimètre de son insertion sur le cæcum. Après ligature et thermocautérisation du moignon, on invagine cette extrémité cæcale. On extrait alors un calcul du volume d'une petite noisette, mais on n'arrive pas à enlever l'appendice qui le contient et qui adhère solidement à la paroi abdominale faisant corps avec elle. La fin de l'iléon jusqu'à 10 centimètres environ du cæcum, est prise dans des adhérences et semble très rétrécie. La présence de nombreux ganglions mésentériques et l'étendue des lésions de l'iléon, fait penser à la tuberculose. On fait un surjet au lin sur l'intestin grêle qu'on a éraflé en le dégagant de ses adhérences et quelques points de suture sur le cæcum qui est déchiré mais non ouvert... On peut craindre en raison de l'état des parois de la fin de l'iléon et des sutures qu'il a fallu faire à ce niveau, que le calibre de l'intestin soit très rétréci ultérieurement.

A la suite de l'opération, il se forme des fistules qui laissent

passer à flot l'urine et les matières fécales. On constate que des matières diarrhéiques sortent par l'urèthre. Apparition d'un abcès parotidien qui est incisé en même temps qu'on fait la section du canal de Sténon. Formation d'un abcès péri-urétral et véritable infection purulente. On donne un lavement par l'anus et le liquide sort par l'urèthre et la plaie abdominale. L'état est excessivement grave et on hésite plusieurs fois à intervenir pour faire une exclusion.

Tout guérit spontanément. Le malade revient très engraisé et de santé florissante, le 1^{er} novembre, sans qu'on soit intervenu.

Observation VI (inédite).

Abcès sous-phrénique d'origine appendiculaire, suivi d'un anus intercostal. Guérison.

(Obligemment communiquée par M. GUINARD,
chirurgien des hôpitaux.)

Il s'agit d'un avocat âgé de 45 ans, M. M..., de robuste constitution mais n'ayant aucune hygiène, gros mangeur et grand buveur. Pendant l'été de 1902, il a été pris à Bourbon-l'Archambault d'une appendicite aiguë pour laquelle il a été soigné par le Dr Dujon de Moulins, qui a essayé de la faire refroidir par le traitement classique.

Au bout de quinze jours le Dr Dujon dut lui ouvrir un gros abcès péri-cæcal, mais n'enleva pas l'appendice. Tout allait bien depuis lors ; le 4 janvier 1904, il est pris d'une douleur extraordinairement vive au niveau du rebord des fausses côtes droites avec troubles respiratoires considéra-

bles, anhélation, voix entrecoupée. Je suis appelé en consultation par le Dr Barthe et je diagnostique une appendicite.

Traitement par la glace et la diète absolue. La douleur diminue les jours suivants.

Le 12 janvier. — Je suis rappelé, c'est à peine si la douleur et la défense abdominale persistent à droite.

Le 16. — Je trouve un souffle pleurétique à droite, la température reste constamment au-dessus de 39°, pouls : 110. Le malade a une diarrhée fétide incessante.

Le 23. — Je ne trouve plus rien à l'auscultation bien qu'il y ait eu, me dit-on, des crachats sanglants.

Je revois le malade le 24 avec le Dr Faisans et nous trouvons du tympanisme hépatique avec de la succution hippocratique. Sur le conseil de Faisans, je larde la région de ponctions capillaires et la cinquième pratiquée entre la neuvième et la dixième côte ramène du pus.

Le 25 janvier. — En présence des Drs Barthe, Faisans, Lemoine, du Val-de-Grâce et Paul Regnault, de Bourbon l'Archambault, je pratique une incision le long de la dixième côte, en avant de la ligne axillaire, je résèque huit centimètres de cette côte, j'incise le diaphragme qui est très adhérent à ce niveau à la paroi thoracique et je donne issue à un 1/2 litre environ de pus mélangé à des matières fécales et des gaz. La collection entoure le lobe droit du foie. Avec le doigt on fait le tour de ce lobe, en passant de sa face supérieure à sa face inférieure, le bord tranchant de ce lobe étant libre dans la cavité. Je place quatre gros tubes dans cette loge et je fais un lavage avec de l'eau salée stérilisée.

Les jours suivants, les matières fécales sortent en abon-

dance par la plaie et il s'établit un véritable anus intercostal. Nous n'étions pas sans inquiétude sur l'issue de cette intervention, lorsque à notre grand étonnement, après avoir vu les selles se faire en totalité par cet anus accidentel, nous ne tardions pas à constater que, peu à peu les matières passaient de nouveau dans le côlon transverse et s'évacuaient par le rectum.

Le 25 mars. — L'anus intercostal était complètement fermé sans qu'il y ait eu à faire la moindre opération réparatrice.

Observation VII (Personnelle).

Appendicite suraiguë avec péritonite généralisée. Anus contre nature le vingtième jour. Cure radicale onze mois après.

S..., Lucien, âgé de 14 ans, a toujours été en très bonne santé. Il a un frère aîné et une sœur plus jeune, tous deux bien portants.

Mercredi 23 mars. — Il s'est levé comme d'habitude, lorsque dans la matinée il a été pris tout à coup d'une douleur très violente dans l'abdomen. Il revient chez lui courbé en deux et se met au lit aussitôt. Dans la journée, il prend un peu de potage. Pas de selles, pas de vomissements. Dans la nuit, vomissements bilieux. T.: 38° 4.

Jeudi 24. — On lui donne un purgatif au séné. M. le Dr Mouis le voit à 11 heures, son diagnostic est hésitant entre fièvre typhoïde et appendicite, tout en penchant pour ce dernier. Douleur abdominale intense, réveillée par les mouvements la

toux, les efforts. Deux vomissements bilieux dans la journée; pas de selles. T. : 38°4.

Vendredi 25. — Glace sur le ventre du malade. Deux vomissements bilieux dans la journée, pas de vomissements alimentaires. Crises douloureuses toutes les demi-heures environ. Le diagnostic d'appendicite s'impose. Le soir, T. : 39°7.

Dans la nuit, insomnie complète, pas de vomissements, mais crises douloureuses très fréquentes.

Samedi 26. — Crise douloureuse très violente au niveau de l'abdomen, suivie d'un vomissement vert jaune assez abondant. T. : 39°7. Le facies change et l'opération est décidée.

On fait une longue incision au niveau de la fosse iliaque droite, remontant jusqu'au flanc. Après avoir coupé les muscles, on arrive sur le tissu cellulaire sous-péritonéal, très œdématisé. Le péritoine incisé, on découvre le cæcum dont toute l'extrémité est sphacélée mais sans perforation. On a beaucoup de peine à découvrir l'appendice remonté entre le bord externe du cæcum et la paroi abdominale. Il est perforé en deux endroits et par le plus grand orifice est sorti un calcul plus gros qu'un noyau d'olive. Au centre du calcul se trouve un poil de brosse à dents.

Il y a du pus bouillon sale en avant, en arrière, au-dessus, au-dessous et entre les anses intestinales; de plus, des fausses membranes recouvrent le cœcum et l'angle iléo-cœcal.

L'appendice, gangrené et long, est lié à sa base. Son méso qui saigne est lié également en plusieurs portions. Le moi-gnon appendiculaire, cautérisé au thermo, est laissé en place. On met trois gros drains en diverses directions et on rapproche les bords de la plaie.

Une contre-ouverture est pratiquée symétriquement à gauche et on trouve également du pus bouillon sale. On draine de même dans trois directions.

Dans la journée, un litre de sérum en trois fois, éther, caféine. La nuit 200 centimètres cubes de sérum.

27 mars. — Pansement : pas d'écoulement abondant. Les drains sont laissés en place et on panse à la gaze stérilisée sèche. 200 centimètres cubes de sérum.

28 mars. — Lavement glyciné. Le malade rend quelques gazs. Subdélire. Agitation.

Pansement. On retire les drains du côté droit qui sont remplacés par de nouveaux, ceux du côté gauche sont laissés en place. Le pansement est peu souillé, pas de mauvaise odeur.

29 mars. — 800 centimètres cubes de sérum. Quatre vomissements noirâtres dans la nuit, un dans l'après-midi. Comme alimentation, café et eau bouillie coupée d'un peu de champagne. 100 grammes de lait dans la journée.

Pansement. On retire les drains du côté gauche qui sont remplacés par deux nouveaux. Le pansement a un peu d'odeur. Lavage d'estomac qui ramène un liquide vert-noirâtre.

31 mars. — Température : 38 degrés. 800 centimètres cubes de sérum. Langue très sèche ; un peu moins de délire.

2 avril. — On constate une légère amélioration. Après avoir défait le pansement on constate que les intestins font hernie à travers les plaies ; ils sont couverts d'un pus verdâtre et fétide. Lavage à l'eau oxygénée. Température : 38°6.

5 avril. — Poussée de bronchite. Température : 39°5.

7 avril. — Le pouls est bon et la langue humide, quoique la température due à la bronchite reste assez élevée.

14 avril. — En défaisant le pansement on constate qu'il sent mauvais. Il contient des matières fécales liquides et jaunes. Sur les anses hermées à gauche on voit deux petites perforations minuscules, donnant issue à ces matières. Du côté droit, les anses sont amincies et en un point semblent près de se perforer aussi.

16 avril. — Large perforation à droite sur la face antérieure du cœcum, livrant passage à la presque totalité des matières.

L'état du malade s'améliore de jour en jour; la perforation commence à être moins large après trois semaines. Au commencement de mai, elle est réduite à un petit orifice; la presque totalité des matières passe maintenant par le bout inférieur de l'intestin.

Malgré les cautérisations répétées l'état reste stationnaire à partir de ce moment, si bien que l'année suivante, le 20 février 1905, le malade entre de nouveau pour qu'on le débarrasse de son infirmité.

L'opération a lieu le 25 février. Après nettoyage et brosseage soigneux de la région, les deux orifices sont circonscrits par une incision passant à un demi-centimètre de leurs bords. La peau est disséquée avec soin et relevée entre les mors de deux pinces en T qui ferment ainsi les orifices. Changement des instruments et du champ opératoire; aseptisation nouvelle des mains. La paroi abdominale est ouverte à la limite du tissu de cicatrice ce qui permet d'en reconnaître les différents plans. Le péritoine est ouvert et on reconnaît la face antérieure du cœcum. Les deux perforations qui s'y trouvent sont réunies par un pont qui est sectionné. Ablation du tissu de cicatrice, puis suture en trois plans, à la soie. Il ne reste plus qu'un moignon très petit du cœcum. Les divers plans

de la paroi qui avaient été réparés, sont alors libérés assez loin pour pouvoir être attirés suffisamment. Ils sont suturés par des points séparés en raison de la tension qui persiste, vu la largeur de la perte de substance. Drainage. Les suites sont aussi simples que possible. Pas de température, il n'y a pas le moindre suintement par le drain qui est enlevé le sixième jour: Le malade sort complètement guéri le 2 avril.

Observation VIII (personnelle).

Appendicite suraiguë. Perforation du cæcum et de la fin de l'intestin grêle. Anus contre nature le huitième jour. Cure radicale cinq mois après, par résection du cæcum.

Sch..., André, âgé de 11 ans, habite avec ses parents à Aubervilliers. Il a toujours joui d'une bonne santé et on ne relève rien dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

Le 23 mars 1905. — Il est pris subitement en classe de violentes douleurs au niveau de la fosse iliaque droite qui l'obligent à rentrer chez lui et à se mettre au lit. Il est vu à ce moment-là par le D^r Laclautre qui porte aussitôt le diagnostic d'appendicite et le met au traitement classique: repos le plus absolu, diète et glace sur le ventre.

Huit jours après, le 31 mars, comme l'état général du petit malade empirait, on décida de l'envoyer de suite à l'hôpital Bretonneau où il est admis dans le service de M. Félizet. Il est opéré d'urgence dans la soirée par M. Herbet.

Les suites de l'opération sont bonnes quand, le 7 avril, en défaisant le pansement on le trouve rempli de matières

fécales. Une large perforation portant à la fois sur le cæcum et sur la fin de l'intestin grêle livrait passage à ces matières et, à partir de ce jour-là elles ont continué à s'écouler en totalité par cette voie. L'état général s'améliore cependant jusque vers le milieu de juin. Mais à cette époque, le malade recommence à maigrir, son appétit diminue et l'orifice garde ses dimensions premières. Comme cet ensemble de choses devenait inquiétant, M. Veau se décide à intervenir. L'opération est pratiquée le 18 août.

Laparotomie médiane faite de l'ombilic au pubis. Après résection de deux brides épiploïques on a alors sous les yeux la masse des anses intestinales où à droite on reconnaît aisément le côlon ascendant, grâce à ses bandes, à son volume et à sa fixité. Cette fixité apportera du reste une grande gêne au cours de l'opération.

A. — A deux travers de doigt de l'adhérence de l'orifice anal à la paroi, l'*intestin grêle* est sectionné.

a) Le bout utile est suturé par la méthode ordinaire.

b) Le bout anal est pincé.

B) — Le *gros intestin* est sectionné de la même façon mais beaucoup plus près de l'adhérence à la paroi abdominale.

Cette section permet de constater que les parois du cæcum sont épaissies. Ici encore :

a) Le bout utile est suturé.

b) Le bout anal est pincé.

On lie et on sectionne ensuite le mésentère du segment anal, afin de le libérer. Les bouts de l'anüs avec les pinces qui les compriment sont alors enfermés dans une compresse.

Abandonnement. — On essaye d'amener dans le champ opératoire les deux bouts de l'intestin utile, mais le colon ne se laisse attirer que de quelques centimètres malgré les tractions exercées sur lui. Ces tractions entraînent même une déchirure de la séreuse le long de la face interne et on doit pincer les deux bouts d'une artérielle intéressée par cette déchirure.

Cet accident fait qu'on n'a plus faire la suture anastomotique en dedans sur la face interne du colon et on la reporte en dehors, l'intestin grêle qui se laisse amener aussi facilement qu'on veut, *croisant alors la face antérieure du colon.*

Le surjet péritoneal postérieur sur le bout de l'intestin grêle est commencé à 4 centimètres environ de l'extrémité suturée, mais il finit à peine à 2 centimètres de la terminaison du colon. Ce qui fait que lorsqu'on pratique la suture des lèvres de la bouche on est forcé d'empiéter un peu sur le surjet séro-séreux qui enfouit l'extrémité suturée du colon.

Ablation du segment anal. — Les deux bouts anaux sont suturés grossièrement à l'aide d'une grosse aiguille, puis :

a) le bout *cecal* refoulé par invagination à l'aide d'une pince de Kocher, on le saisit à travers l'orifice cutané et une légère traction suffit à l'extérioriser complètement.

b) Pour le bout de l'intestin grêle, on procède de la même façon, mais comme il est plus long, au lieu de pince de Kocher on se sert d'une *pince courbe*.

Dès lors, le segment anal étant complètement extériorisé, une très faible traction suffit pour rompre les faibles adhérences de l'anus à la paroi abdominale et tout le segment anal est extirpé sans aucune difficulté et sans qu'il ait été besoin de faire une ligature au niveau de l'orifice.

L'épiploon est alors ramené sur-le-champ de la résection. L'orifice de l'anus n'est pas suturé et est laissé pour servir de soupape de sûreté. L'opération est terminée par la suture totale de la plaie abdominale.

Pendant les jours qui suivent l'opération, l'état du malade est inquiétant mais il s'améliore bien vite. Une fistule persiste pendant six semaines. Il sort guéri le 2 novembre. Le malade que nous avons revu chez lui, il y a quelques jours, est en parfait état de santé.

CONCLUSIONS

1° L'anus contre nature consécutif à l'appendicite est dû à une ou plusieurs larges perforations siégeant sur le cæcum, rarement sur la fin de l'intestin grêle : le plus souvent à une certaine distance de la base de l'appendice.

2° Il survient à la suite des formes suraiguës avec péritonite généralisée ou septicémie grave.

3° Il est secondaire à un sphacèle de la paroi causé par la virulence spéciale des agents microbiens qui ont suivi le réseau lymphatique sous-péritonéal.

4° Débutant dans la quinzaine qui suit l'éclosion des accidents, il évolue rarement vers la guérison spontanée ; persiste indéfiniment dans la plupart des cas, peut exceptionnellement amener la mort par dénutrition, s'il est abandonné à lui-même.

5° On interviendra tardivement : jamais avant le sixième mois,

6° L'intervention sera véritablement curatrice : section à la limite des parties malades et sutures en tissu sain aussi bien pour la paroi que pour l'intestin.

Vu : le Président de la thèse
RECLUS

Vu : le Doyen :
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD ET BROCA. — Bactériologie de vingt cas d'appendicite suppurée. *Bulletin de la Soc. des hôpitaux*, 26 mars 1897.
- ALBARRAN. — *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 1900.
- BLIN. — Etude sur les fistules pyo-stercorales consécutives aux abcès phlegmoneux de la cavité abdominale et indépendante des hernies. *Thèse Paris*, 1879.
- BOUILLY. — Pathologie externe, Reclus. Kirmisson. Peyrot-Bouilly.
Tome III : Typhlite. Pérityphlite. Appendicite.
- BODENHAMER. — Histoire des trajets fistuleux et leur tendance à l'oblitération (*New-York med. Record*, 28 février 1891).
Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie 1891 à 1900, particulièrement 1891 (p. 481), 1895 (séance du 10 juillet).
- CHAPUT. — *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 40 (1893).
- COCHOT. — Complications post-opératoires et en particulier des pseudo-crisis, des fistules et des éviscérations. *Th. Paris*, 1898-99.
- EISELSBERG. — Sur le traitement des fistules stercorales et des sténoses de l'intestin, par la résection totale d'une anse intestinale (*Arch. f. Klin. Chir.* LVI, 2, p. 281-323).
- FERRON. — Contribution à l'étude du manuel opératoire dans l'appendicite. *Th. Paris*, 1900.
- GUINARD. — Traité de chirurgie *Le Dentu-Delbet* (t. VIII, p. 555).
- GETZ. — Etude sur les divers modes de traitement de l'anus. *Th. Paris*, 1890.

- GUYOT. — Contribution à l'étude des fistules stercoro-purulentes.
Th. Paris, 1885.
- HARTMANN et GOSSET. — Traité de chirurgie Duplay et Reclus,
tome VI. Art. : *Fistule pyo-stercorale*, page 912.
- JALAGUIER. — Traité de chirurgie Duplay et Reclus, tome VI,
2^e édition, art. : *Appendicite*, page 501.
- JEANNEL. — Chirurgie de l'intestin. Paris, 1898, p. 250 et ss.
- LECUREUIL. — Fistules entéro-cutanées consécutives à l'appendicite. Paris, 1900.
- LE DENTU. — Du traitement des fistules stercorales et des anus
contre nature. *IX Congrès de chirurgie*, 1895, p. 225.
- LE GENDRE. — Typhlite et appendicite. *Bulletin de la Société
médicale des hôpitaux*, 1854, p. 829.
- LOISEAU. — Fistules éloignées d'origine appendiculaire. *Thèse,
Paris*, 1899,
- MONOD. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1899.
- MONOD et VANVERTS. — Traité de technique opératoire, 1902,
tome II, p. 252.
- POTHERAT. — Congrès de chirurgie, 1897.
- POLLOSSON. — Anus contre nature et fistules stercorales. *Thèse
agrégation*, 1883.
- RIOBLANC. — Congrès de chirurgie, 1897.
- RECLUS. — De l'appendicite tuberculeuse. *Bulletin médical*,
1893, p. 587.
- ROUX. — Congrès de chirurgie, 1895.
- TALAMON. — Pérityphlite et appendicite (*Bibliothèque Charcot-
Debove*, 1890).
- TRÉLAT. — Des fistules pyo-stercorales (*Progrès médical*, 1888).
— Des fistules pyo-stercorales. (*Gazette des hôpitaux*,
1889).
- VAUCHER. — Contribution à l'étude des fistules pyo-stercorales.
(*Th. Paris*, 1899).
- VEAU (Victor). — Le système lymphatique de l'appendice dans
l'appendicite (Mémoire couronné par la Société de chirurgie
en 1902).
- YMBERT. — Fistules pyo-stercorales d'origine appendiculaire.
(*Th. Paris*, 1899).

